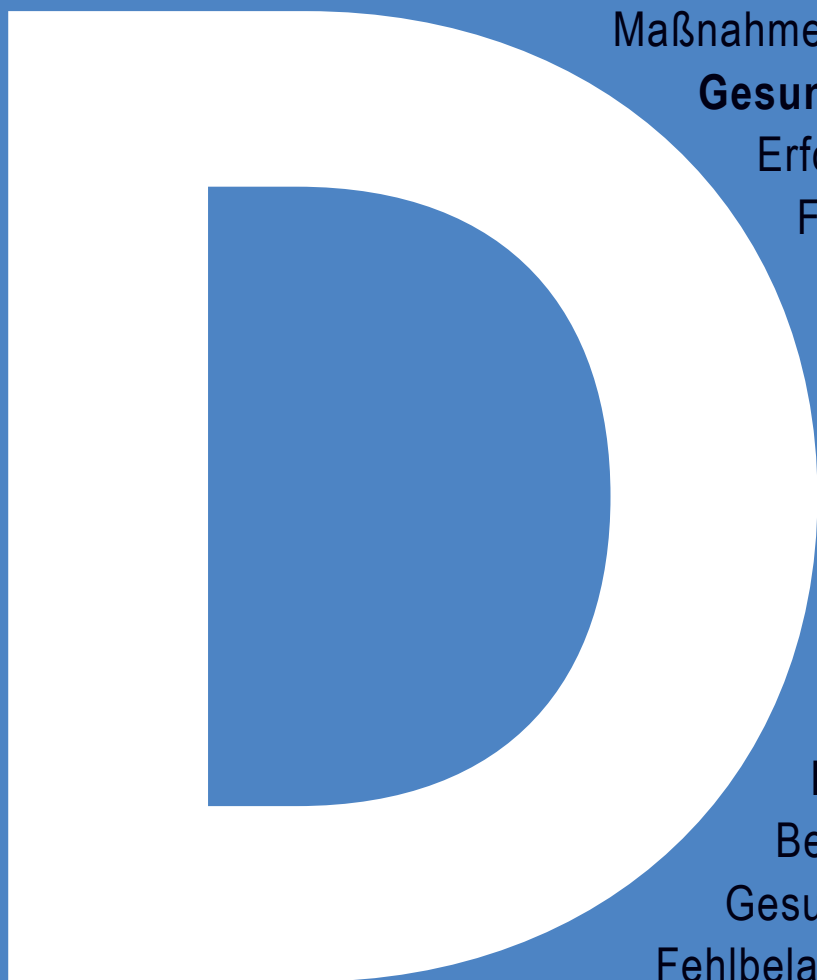


Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

DIE GESUNDE ORGANISATION



Maßnahmen

Gesundheitsförderung

Erfolgskontrolle

Fachkräfte

Krankenhaus

Humankapital

Aktivitäten

Kennzahlen

Handlungsstrategien

Partizipation

Verhaltensänderung

Gesundheitsgewinn

Demografie

Befähigung

Gesundheitsaufklärung

Fehlbelastungen

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Axel Focke (verantwortlich), V. i. S. d. P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762-1621

E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 2, Nr. 2, 2016, S. 1-54. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.02.02.2016-01

Erscheinungsort
Neu-Ulm, 06/ 2016

ISSN Online
2363-9342

ISSN Print
2364-2556

Auflage
1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

Beitrag aus der Wissenschaft II



Titel

Betriebliches Gesundheitsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen – ein studentisches Projekt an der Hochschule Coburg

Autoren

Annemarie Weber, Prof. Dr. Eberhard Nöfer, Prof. Dr. Nicole Hegel, Prof. Dr. Niko Kohls



Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Belastungen in der stationären Altenpflege bei der Arbeit mit den Klienten, als auch bedingt durch strukturelle Rahmenbedingungen kann es von Vorteil sein, ein bedarfsgerechtes betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen. In zwei Altenpflegeeinrichtungen wurden für eine Bedarfserhebung die psychische Belastung und Beanspruchung sowie die Resilienz von 99 der 234 beschäftigten Pflegekräfte mithilfe von Fragebögen erhoben. Zudem wurden Führungskräfteinterviews (n=14) mit Fokus auf deren Führungsverhalten sowie auf der Gesundheit der Führungskräfte und der Pflegekräfte befragt. Die Ergebnisse zeigen unter anderem eine im Branchenvergleich überdurchschnittlich hohe qualitative und quantitative Arbeitsbelastung sowie eine überdurchschnittlich hohe Beanspruchung. Die Ergebnisse wurden durch die Führungskräfteinterviews bestätigt und implizieren einen hohen Handlungsbedarf, die Gesund-

heit der Beschäftigten zu stärken. Folglich wurde in einer der beiden Einrichtungen ein Steuerkreis Gesundheit implementiert, um in Zukunft auf Basis der Erhebung spezifische gesundheitsförderliche Maßnahmen durchführen zu können.

Einleitung

Die Überalterung der deutschen Bevölkerung wird voraussichtlich in absehbarer Zeit deutliche Auswirkungen auf die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen haben. Laut Statistischem Bundesamt (2015) waren bereits im Jahr 2013 2,36 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als zwei Drittel (71%) von ihnen wurden zuhause versorgt. Für das Jahr 2030 besteht die Annahme, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen auf 3,4 Millionen Menschen ansteigen wird (Statistisches Bundesamt 2015), während gleichzeitig das Aufbrechen traditioneller Familienstrukturen und vertikaler Generationenbande zur Folge haben

könnte, dass Pflegebedürftige in Zukunft immer weniger von ihren Angehörigen gepflegt werden und vermehrt in Altenpflegeeinrichtungen versorgt werden müssen. Doch auch die stationäre Alten- und Krankenpflege steht trotz stetig zunehmender Anzahl an Beschäftigten vor den Herausforderungen einer zunehmend älter werdenden Belegschaft und eines Fachkräftemangels (Bundesministerium für Gesundheit 2015). So stieg der Anteil der Pflegekräfte, die 50 Jahre und älter sind, zwischen den Jahren 2000 und 2011 um mehr als zehn Prozent (von Hirschberg, 2015). Aufgrund der enormen Belastungen in der Altenpflege stellt die Bewältigung des Pflegealltags jedoch insbesondere für ältere Pflegekräfte eine Schwierigkeit dar. „Dazu gehören unregelmäßige Arbeitszeiten, hohes Arbeitspensum, besondere physische und psychische Belastungen, unzureichende Fortbildungen, ein komplexes und schwer eingrenzbares Arbeitsfeld“ (BMFSFJ 2006). Aufgrund dieser Belastungen und der daraus resultierenden psychischen Beanspruchung besteht dringender Handlungsbedarf, die Ressourcen von Altenpflegekräften zu stärken und Belastungen zu vermindern. Insofern stellt der Bereich der Pflege ein wichtiges Anwendungsfeld für Gesundheitsförderung dar. Gesundheit zu fördern impliziert, das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden von Menschen zu stärken mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen zu steigern (WHO 2005). Der Leitgedanke der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements in Betrieben ist in Anlehnung an die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) nicht nur, die Beschäftigten zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen, sondern auch, die betrieblichen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten. Anzustreben ist die Entwicklung gesundheitsorientierter Unternehmensziele und -strukturen unter Partizipation aller Beteiligten (Altgeld/ Kolip 2010).

Der Studiengang Integrative Gesundheitsförderung (IGF) der Hochschule Coburg unterstützt in diesem Kontext mit Studierenden des Schwerpunkts „Arbeit und Gesundheit“ Unternehmen und Einrichtungen bei der Planung bzw. Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In Kooperation mit zwei Altenpflegeeinrichtungen in Nordbayern wird deshalb von Studierenden des Studiengangs IGF seit 2014 das Thema Gesundheitsförderung in Altenpflegeeinrichtungen wissenschaftlich bearbeitet. Die zentrale Fragestellung dieses anwendungsorientierten Forschungsprojektes untersucht, wie die Gesundheit von Beschäftigten in der Altenpflege trotz zahlreicher belastender Faktoren dauerhaft gestärkt werden kann. Dabei wurden quantitative und qualitative Verfahren im Sinne eines „Mixed-Methods-Forschungsansatzes“ kombiniert zum Einsatz gebracht.

Quantitative Erhebung: Systematische Bedarfserhebung auf der Grundlage einer Mitarbeiterbefragung

Stichprobe

Als Basis für die Implementierung von bedarfsgerechten gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den beteiligten Altenpflegeeinrichtungen wurden in den beiden Altenpflegeeinrichtungen (E1 und E2) in Süddeutschland unabhängig voneinander quantitative Erhebungen durchgeführt. In die Befragung waren alle angestellten Pflegefach- und Pflegehilfskräfte der Einrichtungen eingeschlossen. Von den 150 beschäftigten Pflegekräften der Einrichtung E1 nahmen 55 Personen an der Befragung teil (36,7%). In Einrichtung E2 nahmen 44 der 84 Beschäftigten an der Befragung teil (52,4%).

Messinstrumente

Der Fragebogen „Stationäre Altenpflege: Fragebogen zur psychischen Belastung“ umfasst 22 Items und wurde von der Berufs-

genossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) für das Setting der Altenpflege erstellt und validiert (Nickel/ Kersten 2014). Subskalen sind die qualitative und quantitative Arbeitsbelastung, die Arbeitsorganisation, das soziale Arbeitsumfeld sowie die außerberufliche Situation.

Der Fragebogen „Stationäre Altenpflege: Fragebogen zur psychischen Beanspruchung“ der BGW umfasst 17 Items. Die psychische Beanspruchung ergibt sich aus den Dimensionen Burnout, Erschöpfung und Dysbalance (Nickel/ Kersten 2014).

Die Resilienzskala (RS-11) von Schumacher et al. (2005) erfasst mit 11 Items die Resilienz als Personeneigenschaft. Grundsätzlich wird Resilienz als Fähigkeit beschrieben, Krisen mithilfe persönlicher und sozialer Ressourcen zu meistern (Leppert et al. 2008). Des Weiteren wurden soziodemografische und arbeitsbezogene Daten abgefragt.

Statistische Vorgehensweise

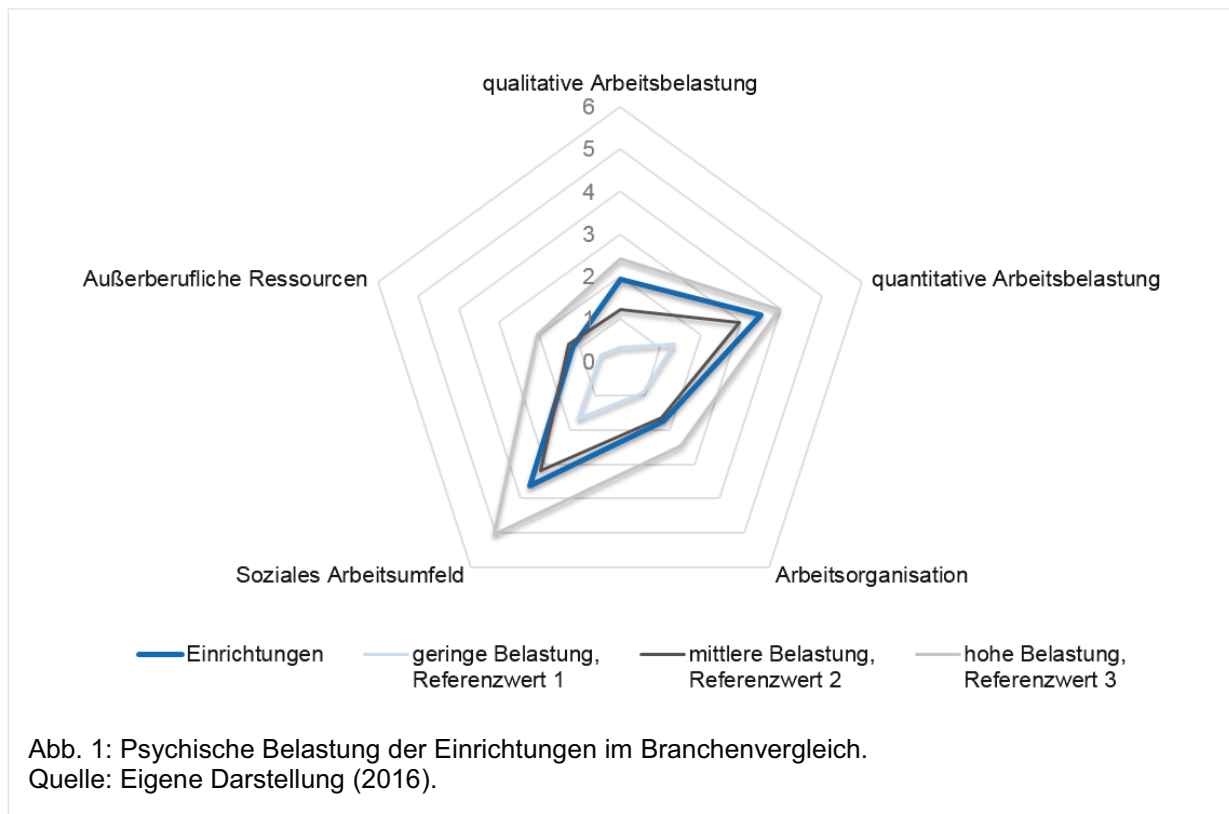
Die Auswertung der Erhebungsbögen erfolgte über das statistische Analyseprogramm SPSS Version 22.0. Die Gesamtstichprobe umfasste 234 Pflegekräfte. Von den verteilten 234 Fragebögen wurden 99 ausgefüllt (N=99). Das ergibt eine Rücklaufquote von 42,3 Prozent. Für die quantitative Auswertung wurde auf eine differenzierte Auswertung für beide Einrichtungen verzichtet, da keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mitarbeitern beider Einrichtungen bestehen. Zusätzlich zu den Instrumenten der deskriptiven Statistik wurden die einfaktorielle Varianzanalyse sowie der T-Test für unabhängige Stichproben genutzt, um Mittelwerte zu vergleichen und diese auf signifikante Unterschiede zu untersuchen. Da die Signifikanztestung jedoch von der Stichprobengröße abhängig ist, wurde darüber hinaus im Sinne einer explorativen Auswertungsstrategie die Effektstärke Cohens d

berechnet. Die Effektstärke d erlaubt unabhängig von der Signifikanztestung Aufschluss über die Größe eines Effekts. Sie kann deswegen zur Verdeutlichung der praktischen Relevanz von signifikanten Ergebnissen herangezogen werden. Gemäß der Konvention erfolgt die Interpretation wie folgt: Einschätzung der Werte 0,2 als klein, 0,5 als mittel 0,8 als groß. Verglichen wurden Subgruppen der Erhebung. Anhand der Normwerte von Nickels und Kersten (2014) konnten die Ergebnisse der Erhebungen zudem innerhalb der Branche der Altenpflege eingeordnet werden.

Ergebnisse

Psychische Belastung und Beanspruchung

Abbildung 1 gibt über die verschiedenen Belastungsdimensionen des BGW-Fragebogens Auskunft. Die Stärke der Belastung variiert je nach Dimension zwischen den absoluten Werten drei und sechs. Die Referenzwerte der BGW aus dem Bereich der stationären Altenpflege geben eine Orientierung, inwieweit die einzelnen Belastungsdimensionen in den Einrichtungen ausgeprägt sind. Die qualitative Arbeitsbelastung mit einem Mittelwert der Einrichtungen von 1,93 (SD=1.2) und die quantitative Arbeitsbelastung mit einem Mittelwert von 3,49 (SD=1.2) sind gegenüber den Vergleichswerten tendenziell hoch. Bei der Dimension des sozialen Arbeitsumfeldes mit dem Mittelwert 3,62 (SD=1.7) zeigt sich eine leicht überdurchschnittliche Belastung der Pflegekräfte. Die Dimension der Arbeitsorganisation weist mit dem Mittelwert 1,73 (SD=1.0) auf eine durchschnittliche Belastung der Pflegekräfte hin, während die Dimension der außerberuflichen Situation mit dem Mittelwert 1,16 (SD=1.0) eine leicht unterdurchschnittliche Belastung vermuten lässt. Die Stärke der psychischen Beanspruchung bezieht sich auf Referenzwerte aus dem Bereich der stationären Altenpflege.



Die Stärke der psychischen Beanspruchung wird in Werten zwischen eins (keine Belastung) und elf (überdurchschnittlich hohe Belastung) angegeben. Die Werte ab 11 deuten auf ein überdurchschnittlich hohes Risiko für die Gesundheit der Mitarbeiter hin. Die Werte der beiden Einrichtungen zeigen mit einem Mittelwert von 10,49 (SD=4.3) tendenziell eine überdurchschnittliche psychische Beanspruchung der Pflegekräfte.

Resilienz

Der Referenzwert der Resilienzskala von Schumacher et al. (2004) liegt bei einem Mittelwert von 58,03 Punkten und bezieht sich auf eine repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Die Resilienzskala umfasst einen Bereich von 11 (nicht resilient) und 77 (sehr resilient) Punkten. Der Mittelwert der Einrichtungen liegt bei 60,7 (SD=10.1) und somit knapp über dem Referenzmittelwert von 58,03. Es ist auffällig, dass 71 Prozent der Mitarbeiter eine überdurchschnittliche bis stark überdurchschnittliche Resilienz aufweisen. Gleichzeitig zei-

gen acht Pflegekräfte eine sehr niedrige Resilienz von weniger als 44 Punkten.

Gruppenvergleiche innerhalb der Einrichtungen

Für eine genaue Bedarfsanalyse wurde geprüft, ob sich besonders beanspruchte bzw. resiliente Gruppen identifizieren lassen. Es konnte ermittelt werden, dass die Pflegekräfte mit 5,5- bis 9-jähriger Berufserfahrung eine signifikant höhere qualitative Arbeitsbelastung wahrnehmen als diejenigen mit weniger als 5-jähriger Berufserfahrung ($p=0.02$; $d=0.82$). Zudem wurde festgestellt, dass die Vollzeitkräfte sowohl hinsichtlich der Arbeitsorganisation ($p=0.02$; $d=0.62$) als auch hinsichtlich der qualitativen Arbeitsorganisation ($p=0.01$; $d=0.4$) signifikant höher belastet sind.

Diskussion

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zeigen eine besondere Belastung hinsichtlich der qualitativen Arbeitsbelastung, d.h.

der Intensität von typischen Arbeitsbelastungen der Altenpflege, wie beispielsweise der Arbeit mit demenzkranken oder psychisch kranken Menschen. Aber auch die quantitative Arbeitsbelastung, d.h. die Menge der Arbeit und der Zeitfaktor, sind im Branchenvergleich tendenziell hoch. Zudem liegt aufgrund der leicht überdurchschnittlichen Belastungen im sozialen Arbeitsumfeld die Vermutung nahe, dass hohes Konfliktpotential und Spannungen zwischen Führungskräften und Pflegekräften sowie innerhalb der Teams vorhanden sind, wodurch das Betriebsklima, die Arbeitsmotivation und die Qualität der Arbeit negativ beeinflusst werden könnten. Zusätzlich zu den Belastungen zeigen sich bei den Beschäftigten bereits erste Beanspruchungsreaktionen wie somatische Beschwerden oder Störungen der Befindlichkeit. Folgen können chronische Erkrankungen, Arbeitsausfall, hohe Fluktuation oder Depressivität sein (Nickel & Kersten, 2014).

Qualitative Erhebung: Fokussierte Bedarfserhebung mittels qualitativer Führungskräftebefragung

Methodik

Für eine vertiefende Analyse der Mitarbeiterbefragung wurden in einem zweiten Schritt Führungskräfteinterviews in beiden Einrichtungen durchgeführt. Ziel der Interviews war es, indirekt vorhandenes Bewusstsein über das eigene Führungsverhalten und die Wahrnehmung, Bedeutung von Gesundheit zu erfragen. Als Führungskräfte wurden die Pflegedienstleitung sowie deren Stellvertretung, der Fachdienst und die Wohnbereichsleitungen definiert. In Einrichtung E1 wurden neun von zehn Führungskräften befragt, in Einrichtung E2 alle vier Führungskräfte. Da die Einrichtungsleitungen die Auftraggeber der Studie waren, wurde diese aus der Befragung ausgeschlossen. Die Interviews wurden per Telefon nach Vereinbarung eines Termins anhand eines teilstandardisierten Interviewleitfadens

durchgeführt und mithilfe eines Diktiergeräts aufgenommen. Der Leitfaden gewährleistete, dass die relevanten Informationen vollständig und vergleichbar abgefragt werden konnten. Zudem diente er der Operationalisierung des Erkenntnisinteresses (Gläser/Laudel 2009). Der Leitfaden umfasste drei Dimensionen, die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit der verantworteten Mitarbeiter (Dimension I), die Kommunikation und Interaktion (Dimension II) sowie die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit (Dimension III). Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2010).

Ergebnisse

Die Führungskräfteinterviews von Einrichtung E1 lassen bzgl. Dimension I vermuten, dass die im Branchenvergleich überdurchschnittliche psychische Belastung und Beanspruchung der Pflegekräfte hauptsächlich auf strukturbedingte Ursachen sowie auf eine niedrige Selbstorganisationsfähigkeit zurückgeführt werden und nur zum Teil nachvollzogen werden können. Die Ergebnisse von Dimension II zeigen, dass die Kommunikations- und Partizipationsmöglichkeiten von den Führungskräften, im Gegensatz zu den Pflegekräften, als geeignet und ausreichend wahrgenommen werden. Die Möglichkeit der Einflussnahme der Führungskräfte auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten wird sehr unterschiedlich empfunden und reicht von kaum vorhanden bis zu einem hohem Bewusstsein über die Auswirkungen des eigenen Führungsverhaltens. Die eigene Gesundheit der Führungskräfte (Dimension III) wurde als gut eingeschätzt, der Stresslevel wurde von allen im oberen Mittelfeld verortet.

Die Führungskräfteinterviews von Einrichtung E2 zeigen bzgl. Dimension I, dass die Ursache der überdurchschnittlichen psychischen Belastung und Beanspruchung hauptsächlich im Führungsstil der ehemaligen Einrichtungsleitung gesehen wird, aber auch

persönliche und strukturelle Einflüsse bestehen. Die Kommunikations- und Partizipationsmöglichkeiten werden auch in dieser Einrichtung von den Führungskräften als ausreichend wahrgenommen. Die Teilhabe der Beschäftigten an internen Entscheidungen scheint aus Sicht der Führungskräfte gegeben zu sein und von den Pflegekräften angenommen zu werden. Eine exemplarische Aussage einer Führungskraft ist:

„Das mache ich immer im Rahmen von den Bereichsbesprechungen, hauptsächlich. Ich werfe eine Problematik rein und frage wie wir das lösen können. Dann hat meistens immer jeder eine Idee dazu und was die Mehrheit entscheidet, das wird dann auch so umgesetzt. Das wird gut angenommen und ich habe den anderen Effekt, die sollen ja eingeschaltet bleiben, also, dass Keiner Dienst nach Vorschrift macht.“

Die eigene Gesundheit (Dimension III) wird als gut wahrgenommen. Der erhöhte Stresslevel wird kaum als negativ empfunden.

Diskussion

Aufgrund der Interviews in Einrichtung E1 gibt es erste Hinweise darauf, dass die Führungskräfte sich nur bedingt ihrer potentiellen Einflussnahme auf die Gesundheit der Beschäftigten bewusst sind. Die Gesundheit scheint zum Großteil als eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegekräfte und nicht als Teil der Führungsaufgabe wahrgenommen zu werden. Das fehlende Bewusstsein steht hier im Zielkonflikt mit einer beabsichtigten Stärkung des Gesundheitsbewusstseins aller Beschäftigten. Um dem zu entgehen, bedarf es einer Erweiterung des Gesundheits- und Führungsverständnisses. Die Interviews lassen zudem vermuten, dass nur ein Teil der Führungskräfte gezielt versucht, durch reflektiertes Verhalten einen positiven Beitrag zur Unternehmenskultur zu leisten. Im Gegensatz dazu ist anzunehmen, dass vereinzelt ein ausgeprägtes Perfektionsdenken einhergehend mit einer geringen

Fehlertoleranzbereitschaft gegenüber den Pflegekräften vorliegt. Auf diese Weise werden negativ geprägte Bewertungen und Urteilsbildungen gegenüber Mitarbeitern begünstigt, was zu einem wenig achtsamen Umgang mit ihnen führen kann.

In Einrichtung E2 lassen die Interviews vermuten, dass das eigene Gesundheitsverständnis der Führungskräfte und das der Pflegekräfte grundsätzlich auf Leistungsfähigkeit und Funktionalität fokussiert ist, dabei aber durchaus auch strukturelle, persönliche und soziale Einflüsse wahrgenommen werden. Die Kommunikation und Interaktion zwischen Führungskräften und Pflegekräften scheint eher partnerschaftlich-partizipativ zu sein. Mehrheitlich ist zu erkennen, dass die eigene Arbeitseinstellung auch maßgeblich den Umgang mit den Beschäftigten prägt und dabei nicht zu unterschätzenden Einfluss auf deren Wohlbefinden und Arbeitshaltung ausüben kann.

Fazit der Erhebungen

Die Ergebnisse der Befragungen geben einen spezifischen Einblick auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Einrichtungen hinsichtlich gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Es besteht ein hoher Handlungsbedarf und Handlungswille bei einem Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Führungskräfte der überdurchschnittlich hohen psychischen Belastung und Beanspruchung entgegenzuwirken und die Gesundheit aller Beteiligten zu stärken. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass institutionsspezifische Unterschiede nur durch die qualitativen Befragungen gefunden wurden, während die quantitative Erhebung keine Unterschiede aufzeigte. Dies spricht für den Einsatz von gemischten Erhebungsmethoden im Sinne eines Mixed-Methods-Research-Ansatzes.

Weiterführende Zusammenarbeit: Implementierung eines Steuerkreises Gesundheit

Basierend auf den Ergebnissen dieser Erhebungen wurde die Kooperation mit einer der Einrichtungen und einer neuen Gruppe von Studierenden fortgesetzt mit dem Ziel, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenpflegeeinrichtung dazu zu befähigen, einen Steuerkreis zum Thema Gesundheitsförderung eigenständig durchzuführen. In vier Workshops mit zehn bis 15 Beschäftigten wurden folgende Inhalte vermittelt:

- 1) Einführung in das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement und Begriffserklärungen
- 2) Ziele und Strukturen des Steuerkreises Gesundheit
- 3) Vorgehensweise des Steuerkreises Gesundheit
- 4) Ablauf einer Sitzung, Abschluss

Mithilfe dieser Workshops konnte der Steuerkreis Gesundheit in der Altenpflegeeinrichtung implementiert werden. Derzeit findet eine Evaluation des Steuerkreises im Rahmen einer Bachelorarbeit statt. Für die Zukunft empfiehlt es sich, unter Berücksichtigung der Evaluation des Steuerkreises Gesundheit diesen weiter zu verstetigen. Anschließend besteht basierend auf den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Erhebungen die Möglichkeit, Gesundheitszirkel mit gezielten Maßnahmen durchzuführen. Mithilfe dieser Vorgehensweise könnte die Gesundheit der Pflegekräfte sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen nachhaltig gefördert und verbessert werden. Das vorgestellte Projekt ist unserer Meinung nach ein gelungenes Beispiel für ein studentisches Semesterprojekt, in dessen Rahmen auf einem angemessenen Niveau spezifische Bedarfserhebung für den Aufbau eines systematischen BGM in der Altenpflege auf-

gezeigt wurde und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen entwickelt werden konnten.

Literatur

Altgeld T., Kolip P. (2010) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J. (Hrsg.) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Hans Huber Verlag, Bern. S. 35-56.

Bundesministerium für Gesundheit (2015) Pflegefachkräftemangel. Online im Internet, URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html>, Abrufdatum: 20.11.2015.

BMFSFJ (2006) Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Online im Internet. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-4-2-Per-sonelle-situation-der-heime/3-4-2-arbeitsbedingungen-des-personals-personalfluktuat.html>, Abrufdatum: 24.11.2015.

Gläser J., Laudel G. (2009) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage, Wiesbaden.

Hirschberg K. von (2015) Einflüsse demografischer Veränderungsprozesse auf die Arbeitssituation der Altenpflegekräfte – Faktenlage. In: Behr T. (Hrsg.) Aufbruch Pflege: Hintergründe – Analysen – Entwicklungsperspektiven, Springer Verlag, Wiesbaden, S. 193-199.

Leppert K., Koch B., Brähler E., Strauß B. (2008) Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: Klinische Diagnostik und Evaluation. Jg. 1. Nr. 2. S. 226-243.

Mayring P. (2010) Qualitative Inhaltsanalyse, In: Mey G., Mruck K. (Hrsg.) Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie, SV Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Verlag. Wiesbaden. S. 601-613.

Nickel S., Kersten M. (2014) Psychometrische Prüfung des Fragebogens zur psychischen Belastung in der stationären Altenpflege („miab“). Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.

Schumacher J., Leppert K., Gunzelmann T., Strauß B., Brähler E. (2005) Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Jg. 53. Nr. 1. S. 16-39.

Statistisches Bundesamt (2015) Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 2005 bis 2030 (in Millionen). Statista. Online im Internet. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157217/umfrage/prognose-zur-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-bis-2030/>, Abrufdatum: 20.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2015) 71 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Pressemitteilung vom 12. März 2015 – 94/15. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

WHO (1986) Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Online im Internet. URL: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>, Abrufdatum: 24.11.2015.

WHO (2005) Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Online im Internet. URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf, Abrufdatum: 20.11.2015.

Autorenbiografien

Annemarie Weber, B.Sc. arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem Projekt "Gesundheitsförderung in der Allgemeinarztpraxis" an der Hochschule Coburg, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit. Im Vorfeld studierte sie Integrative Gesundheitsförderung an der Hochschule Coburg.

Prof. Dr. Eberhard Nöfer, Diplom-Kaufmann, ist seit 2007 Hochschullehrer und leitet den Studiengang der Integrativen Gesundheitsförderung (BSc) an der Hochschule Coburg. Er absolvierte ein Studium der Betriebswirtschaftslehre an den Universitäten Bayreuth und Leeds, England. Im Anschluss an seine Assistenzzeit und Promotion an der Friedrich-Schiller-Universität Jena arbeitete er als persönlicher Referent eines Länder-Wirtschaftsministers.

Prof. Dr. phil. Dr. habil. med. Niko Kohls ist seit 2013 Professor für Gesundheitswissenschaften im Bereich Gesundheitsförderung an der Hochschule Coburg. Sein Forschungsfeld fokussiert auf medizinpsychologischen Fragestellungen im Kontext des demografischen Wandels. Neben intraindividuellen Variablen stehen auch sozialmedizinisch relevante Prädiktoren von Resilienz, Lebensqualität, Gesundheit und Wohlbefinden im Interesse seiner Forschungen.

Prof. Dr. Nicole Hegel ist seit 2011 als Professorin für "Arbeitsmedizin und Betriebliches Gesundheitsmanagement" im Bachelorstudiengang Integrative Gesundheitsförderung tätig und leitet den Masterstudiengang Gesundheitsförderung an der Hochschule Coburg. Zudem ist sie im Vorstand des Technologietransferzentrums Automotive Coburg mit der Leitung des Fachressorts Angewandte Arbeitswissenschaft und Gesundheit.

Autorenanschriften

Annemarie Weber, B.Sc.
Bereich Integrative Gesundheitsförderung
Hochschule für angewandte Wissenschaften
Coburg
Friedrich-Streib-Str. 2
96450 Coburg

E-Mail: annemarie.weber@hs-coburg.de

Prof. Dr. Eberhard Nöfer
Hochschule für angewandte Wissenschaften
Coburg
Friedrich-Streib-Str. 2
96450 Coburg

E-Mail: eberhard.noefer@hs-coburg.de

Prof. Dr. Nicole Hegel
Hochschule für angewandte Wissenschaften
Coburg
Friedrich-Streib-Str. 2
96450 Coburg

E-Mail: nicole.hegel@hs-coburg.de

Prof. Dr. Niko Kohls
Hochschule für angewandte Wissenschaften
Coburg
Friedrich-Streib-Str. 2
96450 Coburg

E-Mail: niko.kohls@hs-coburg.de